

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THÈSE

N°

281

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Arthur MEPLAIN

Né le 2 janvier 1911, à Loddès (Allier).

A propos de Sept Cas de
« Présentation du Front »
observés à Lariboisière et à Beaujon
ces cinq dernières années

Président : M. JEANNIN, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, EDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1940

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Arthur MEPLAIN

Né le 2 janvier 1911, à Loddès (Allier).

A propos de Sept Cas de
« Présentation du Front »
observés à Lariboisière et à Beaujon
ces cinq dernières années

Président : M. JEANNIN, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, EDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—
1940

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM. ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY-RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LÉVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
Hygiène et clinique de la première enfance ..	PIESSINGER.
Clinique des maladies des enfants	LOEPER.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	RATHERY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	LEREBoullet.
Clinique des maladies du système nerveux ...	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies infectieuses	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique chirurgicale	GOUGEROT.
Clinique ophtalmologique	GUILLAIN.
Clinique urologique	LEMIERRE.
Clinique d'accouchements	CUNÉO.
Clinique gynécologique	GOSSET.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie .	GRÉGOIRE.
Clinique thérapeutique médicale	LENORMANT.
Clinique oto-rhino-laryngologique	VELTER.
Clinique thérapeutique chirurgicale	CHEVASSU.
Clinique propédeutique	COUVELAIRE.
Clinique de la Tuberculose	JEANNIN.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.	LÉVY-SOLAL.
Clinique de cardiologie	MOCQUOT.
Clinique de neuro-chirurgie	OMBRÉDANNE.
Assistance médico-sociale	HARVIER.
Professeurs sans chaire	LEMAITRE.
	Pierre DUVAL.
	M. VILLARET.
	TROISIÈRE.
	MATHIEU.
	LAUBRY.
	Clovis VINCENT.
	N...
	HAZARD.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
AMELINE Pathologie chirurgicale.	CACHERA Pathologie médicale.
BARIÉTY Pathologie médicale.	CORDIER Anatomie.
BERNARD (Etienne). Pathologie médicale.	COSTE Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin). Hydrologie.	COUVELAIRE (Roger). Urologie.
BONNET Bactériologie.	DELARUE Anatomie pathologique.
BOULANGER . Chimie.	DELAY Pathologie médicale.
BOULIN Pathologie médicale.	DEGREZ (H.) . Physique.
BROUET Pathologie médicale.	DESOLLE Médecine légale.
BULLIARD ... Histologie.	DIGONNET ... Obstétrique.

II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.	
DOGNON	Physique.
FEVRE	Pathologie chirurgicale.
FUNCK-BRENTANO.	Pathologie chirurgi- cale.
GALLIARD	Parasitologie.
GARCIN	Pathologie médicale.
M ^{lle} GAUTHIER-VILLARS.	Anatomie pa- thologique.
GAYET	Physiologie.
DE GENNES ..	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU ...	Pathologie médicale.
HALPHIEN	Oto-rhino-laryngologie.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUÉJOL ..	Obstétrique.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.

MM.	
LEMAIRE	Pathologie expérimentale
LENÈGRE	Pathologie médicale.
M ^{lle} J. LÉVY ..	Pharmacologie.
MARCHAL	Pathologie médicale.
MÉNÉGAUX ...	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET ...	Pathologie médicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PATEL	Pathologie chirurgicale.
PETIT-DUTAILLIS.	Pathologie chirurgi- cale.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SÈNEQUE	Pathologie chirurgicale.
SICARD	Pathologie chirurgicale.
SOULIE	Pathologie médicale.
SUREAU	Obstétrique.
TURPIN	Pathologie médicale.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.

MM.	
HEITZ-BOYER .	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER ..	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE.	Parasitologie.
VAUDESCAL ..	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.
BRULÉ.	
CATHALA.	
CHABROL.	
CHEVALLIER.	
DONZELOT.	
DUVOIR.	
GASTINEL.	
HUGUENIN.	
LAROCHE (G.).	
LIAN.	
MOREAU.	
PIÉDELÈVRE.	
SÉZARY.	

MM.	
BASSET.	} Clinique chirurgicale
BROCCQ.	
CADENAT.	
GATELLIER.	
de GAUDART	
d'ALLAINES.	
LEVEUF.	
MOULONGUET.	
MOURE.	
QUENU.	

MM.	
ECALLE.	} Clinique obstétricale
METZGER.	
PORTES.	
VIGNES.	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MÉMOIRE DE MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A qui je dois tout.

A MON FRÈRE

A MA SŒUR

A TOUS MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANNIN

Membre de l'Académie de Médecine.
Professeur de Clinique Obstétricale à la Faculté de Médecine
de Paris.

*En le remerciant du grand honneur qu'il
m'a fait en acceptant de présider cette
thèse.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS DEVRAIGNE

Chargé de Cours de Clinique annexe à la Faculté.

Accoucheur de Lariboisière.

Commandeur de la Légion d'Honneur

*A qui je dois toutes mes connaissances en
obstétrique et qui m'a inspiré ce travail.*

*Qu'il veuille trouver ici l'expression de
mon respectueux dévouement et de ma pro-
fonde reconnaissance.*

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERNARD CUNÉO

Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté.

Membre de l'Académie de Médecine.

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Commandeur de la Légion d'Honneur

*Mon profond respect et ma très grande
admiration.*

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR JACQUELIN

Médecin des Hôpitaux.

En remerciement de l'enseignement clinique si précieux que j'ai reçu de lui.

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR FÉLIX RAMOND

Ex-Médecin des Hôpitaux.

En témoignage de ma profonde gratitude.

A MON COUSIN

LE DOCTEUR MICHEL DE LANGRE

Ancien Interne des Hôpitaux.

Chirurgien au Mans.

Avec ma vive reconnaissance et ma gratitude pour la bienveillance avec laquelle il me guida au cours de mes premières années d'Etudes médicales.

AU DOCTEUR PAUL CHENE

Ancien Interne des Hôpitaux.

Assistant à l'Hôpital Saint-Louis.

Avec l'expression de ma vive reconnaissance pour l'enseignement si précieux qu'il me donna dans le service du docteur Félix Ramond.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stage :

MONSIEUR LE PROFESSEUR C. LENORMANT

MONSIEUR LE PROFESSEUR ACHARD

MONSIEUR LE PROFESSEUR MOCQUOT

MONSIEUR LE PROFESSEUR TROISIER

MONSIEUR LE DOCTEUR BOIDIN

MONSIEUR LE DOCTEUR TIXIER

Externat :

MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNEO

MONSIEUR LE DOCTEUR DEVRAIGNE

AUX DOCTEURS

SEGUY — TAILLEFER — CHENE

AU MÉDECIN-LIEUTENANT RICHE

Médecin-Chef du 1^{er} Bataillon.

*Avec toute ma respectueuse gratitude
pour l'entière liberté qu'il me laissa pen-
dant le temps de rédaction de cette thèse*

*Qu'il soit assuré de mon fidèle et res-
pectueux attachement.*

A TOUS MES CHEFS

DU 1^{er} BATAILLON DU 6^e R. T. A.

*Qu'ils trouvent ici l'expression de ma
vive reconnaissance pour toutes les marques
de sympathie qu'ils m'ont toujours témoi-
gné et l'assurance de mon profond dévoue-
ment.*

A TOUS MES CAMARADES DE GUERRE

AVANT-PROPOS

Ayant terminé notre scolarité en 1938, nous n'avions pas cru devoir soutenir notre thèse à cette époque et avons décidé de faire notre service militaire. Nous l'avons accompli, avec joie en Algérie, dans un Régiment de Tirailleurs Algériens.

Nous espérons nous perfectionner par la suite auprès de nos maîtres dans les hôpitaux.

Maintenu dans notre formation et devant les circonstances actuelles, nous nous voyons dans l'obligation d'abandonner nos projets pour défendre notre sol contre la Barbarie.

Puisse notre cause être victorieuse.

INTRODUCTION

La présentation du front, considérée autrefois comme l'intermédiaire de la présentation de l'extrémité céphalique défléchie (face) et de la présentation de l'extrémité céphalique fléchie (sommet), est dans les cas nets et précis une présentation bien individualisée : naso-occipitale, d'un pronostic toujours sérieux, tant au point de vue maternel que fœtal.

Une présentation au détroit supérieur dans une attitude intermédiaire à la flexion et à la déflexion, dont la grande fontanelle se trouverait être à peu près exactement au centre du détroit supérieur, au début du travail seulement, ne saurait être classée dans les présentations du front, car dans de telles conditions, les présentations de front ne seraient plus considérées comme une rareté, et seraient d'une fréquence relativement grande surtout dans les bassins anormaux, tels les bassins plats rachitiques où elle est une attitude pour ainsi dire normale d'engagement. De même dans un accouchement de la face primitivement en sommet, au cours de la déflexion de la tête, la grande fontanelle et le front se trouvent être forcément à un moment donné, voisins du centre du détroit supérieur.

mais de telles présentations, encore une fois ne sauraient être prises pour un « front ».

Si dans certains cas, nombreux du reste, le front vient occuper le centre du bassin, la tête, n'étant ni défléchie, ni fléchie, est en attitude indifférente, « en équilibre instable », selon l'expression de TARNIER, qui les classait en variété de face. Dans les inclinaisons pariétales du sommet, l'inclinaison frontale n'est que transitoire, le plus souvent; il est des cas cependant où cette présentation subsiste pendant tout le passage de la filière pelvienne, ce sont seulement ces cas précis que l'on considère aujourd'hui comme présentation du front.

Nous ne retiendrons donc que la définition suivante :

« La tête se présente au détroit supérieur en front; s'engage dans la même attitude dans l'excavation pelvienne et vient se dégager en front au détroit inférieur et à la vulve ». (BRINDEAU).

La présentation du front vraie est donc celle qui demeure invariable dès le début du travail, soit que l'accouchement se fasse normalement sans que l'on ait à intervenir, soit que surviennent des complications : rotation impossible, arrêt de progression, enclavement, etc... mais toujours dans la même position.

Nous allons voir rapidement, dans une première partie, l'étiologie, les signes et la pathogénie, le pronostic d'une telle présentation, puis, dans une

deuxième partie de cet exposé la conduite à tenir suivant les cas, en nous appuyant sur les sept observations que nous a obligeamment communiquées le Docteur DEVRAIGNE, sur 23.044 accouchements effectués dans son service à Lariboisière, et à la Maternité de Beaujon-Clichy de 1935 à 1939 inclus.

PREMIERE PARTIE

HISTORIQUE

Sans vouloir faire l'historique de la question, nous rappellerons avant de rentrer dans l'étude de l'étiologie, que c'est MAURICEAU qui en parla nettement pour la première fois ayant eu l'occasion de l'observer deux fois sur la même femme. Puis BAUDELLOCQUE l'étudia à nouveau et la classa dans ses 94 présentations possibles. Mais ce n'est vraiment qu'avec Mme LACHAPELLE que l'étude de cette présentation est poussée à fond, celle-ci n'en faisant du reste qu'une simple variété de la présentation de la face.

Par la suite, de nombreux articles ont paru : en Allemagne, en Italie en 1880 avec MANGIAGALLI, avec CHIARLÉONI, NÉGRI, etc..., en France avec BLANC, CAZALS, DEVAUX, etc... sans oublier de citer à cette époque HENRICIUS qui, avec de très riches statistiques à l'appui, a fait des exposés très complets de la question.

Mais longtemps la présentation du front mise sur le même pied d'égalité que les autres n'était pas admise, on en faisait une variété de face comme le disait GARDIEN : « du front ou de la face, il ne s'agit que d'une seule position, l'un est le premier degré,

l'autre est le dernier, elle ne diffère que du plus ou moins ».

Depuis lors, jusqu'à nos jours, les progrès de l'obstétrique n'ayant fait que croître, nombreux sont les auteurs ayant repris l'étude de cette variété sans toutefois ajouter beaucoup à ce qui avait déjà été dit, si ce n'est d'en avoir fait une présentation bien individualisée.

ETIOLOGIE

Parmi les nombreuses observations obstétricales à ce sujet, il a été remarqué que les causes pouvaient provenir soit du côté de la mère, soit du côté du fœtus, soit de l'œuf lui-même.

La *multiparité* a été signalée, cet état, entraînant une perte de tonicité de la paroi utérine, peut laisser une trop grande liberté au fœtus et ne permet plus de contractions assez énergiques de l'enveloppe musculaire à la surface de l'œuf pour maintenir et immobiliser la tête au contact du thorax.

Des *obstacles* peuvent empêcher la flexion ou déflexion complète de la tête :

— *soit d'ordre physiologique :*

contractions partielles et irrégulières dont les forces combinées dévient et maintiennent l'extrémité céphalique mal dirigée et mal centrée, ou au contraire rétraction de l'utérus sur le cou du fœtus en une sorte de manchon maintenant la tête, le front en bas, suspendue au-dessus du détroit supérieur et la forçant à s'engager dans cette position.

— *soit d'ordre mécanique :*

une *tumeur* dans l'épaisseur ou le voisinage du segment inférieur empiétant plus ou moins dans l'aire

du détroit supérieur; l'*obliquité utérine*, l'utérus dévié en anté ou latéro version, entraîne en direction vicieuse le grand axe de l'ovoïde fœtal; mais surtout les *viciations pelviennes* à un faible degré constituent assurément les causes les plus efficaces et les plus fréquentes. Elles se présentent, soit dans le détroit supérieur, soit dans l'excavation comme des obstacles se dressant au devant du passage de la tête, agissant pendant la grossesse en empêchant la tête de se fixer sur les parois du bassin; et pendant le travail, par les inégalités ou par l'asymétrie filière formant des points d'arrêt sur lesquels la tête fœtale vient buter, l'obligeant ainsi soit à se défléchir, soit à se fléchir : l'occiput est-il arrêté en cours de route ? la tête se défléchit par un mouvement de descente du front qui seul peut progresser; si au contraire c'est le menton qui est maintenu dans une présentation défléchie (face), c'est l'occiput qui va s'engager et obéir seul à l'impulsion de haut en bas jusqu'à ce qu'il soit arrêté à son tour.

On conçoit donc aisément que les viciations pelviennes soient dans les causes fréquentes de présentations du front d'autant plus que, souvent, elles s'accompagnent d'obliquité utérine surtout dans les bassins aplatis où l'engagement doit se faire le plus souvent par une inclinaison frontale combinée d'habitude à une ou deux inclinaisons asyncliques successives qui sont providentielles; mais cette inclinaison n'est fort heureusement que transitoire pouvant cependant persister jusqu'au dégagement.

Cette cause serait, d'après DEVAUX, à l'origine des présentations du front dans 36 % des cas et pour SPIGELBERG elle serait 10 fois plus fréquentes dans les bassins rétrécis que dans les bassins normaux.

Outre ces causes maternelles, il ne faut pas oublier que les *causes fœtales* seules peuvent entrer en jeu; ce sont : la forme de la tête même du fœtus régulièrement arrondie « véritable tête boule »; la macération, les tumeurs du cou et de l'occiput et la brièveté du cou; le voisinage d'une seconde tête fœtale dans le cas de grossesse multiple; l'hydrocéphalie avec distension de la région frontale, le torticollis congénital, l'excès de volume pathologique des régions thoraco-abdominales.

Enfin des *causes ovulaires* : l'excès de liquide amniotique qui permet le libre jeu des articulations occipito-vertébrales restant alors insoumises à l'action du contact de la musculature utérine; les circulaires du cordon bridant la tête et s'opposant à ce que l'extrémité céphalique prenne contact avec la paroi thoracique, soit par le menton en état de déflexion, soit par l'occiput en état de flexion; enfin la procidence de membres formant attelles immobilisant la tête en attitude vicieuse.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la présentation du front ne peut donc être fait qu'au moment du travail. Sans parler de l'interrogatoire et de l'inspection, le palper abdominal dans de très rares cas nous donnera quelques renseignements : Parfois avec une paroi abdominale d'une grande laxité, peu épaisse, pourra-t-on sentir la saillie en fer à cheval du maxillaire inférieur, la mobilité du menton, le rebord alvéolaire du maxillaire supérieur, ou même la pyramide nasale (BUDIN et BONNET); mais de tels signes sont exceptionnellement perçus. Plus sûrement et surtout dans les variétés postérieures on pourra sentir le coup de hache sus-occipital et la saillie de l'occiput débordant le détroit supérieur.

Ce n'est que par le toucher vaginal que nous aurons des données précises. Celui-ci doit être fait en dehors des contractions avec toutes les précautions possibles pour ne pas rompre la poche des eaux. Dès le début celle-ci est volumineuse et la rupture en est généralement précoce.

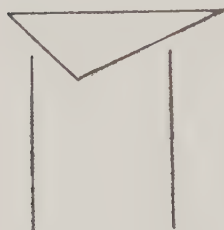
Lorsque la tête descend dans l'excavation, le doigt tombe sur une tumeur dure, arrondie, plus saillante que ne l'est habituellement la présentation du sommet. Si la dilatation du col est suffisante, on tâchera

d'éclaircir le diagnostic. Le doigt vient buter tout d'abord sur le front qui n'est pas exactement au centre de l'excavation car celui-ci est très souvent occupé par la grande fontanelle ou un point voisin de celle-ci; on arrive à percevoir entre les deux bosses frontales la suture interfrontale médiane qui nous mène à la grande fontanelle du côté de l'occiput du fœtus, puis sur le versant opposé le doigt tombe sur les arcades orbitaires, les yeux et la pyramide nasale. La présence et la direction du nez constituent les meilleurs indices pour fixer le diagnostic. On reconnaît que l'on n'a pas affaire à une présentation de la face à ce que le menton et même la bouche ne sont jamais accessibles par le toucher dans la variété frontale, de même l'absence de la petite fontanelle éliminera un sommet mal fléchi.

L'auscultation est à peu près la même que dans la face, les bruits du cœur fœtal sont fréquemment éclatants par suite de la position fortement défléchie du fœtus.

PATHOGENIE

Nous citerons les trois théories principales : celles de Madame LACHAPELLE, de MANGIAGALLI et de POLOSSON.



LACHAPELLE



MANGIAGALLI



POLOSSON

— Pour Madame LACHAPELLE la tête s'engagerait en se plaçant dans une attitude rigoureusement indifférente qui n'est ni flexion ni déflexion, l'occiput et le menton restant toujours dans un plan parallèle et à la même hauteur l'un par rapport à l'autre.

— Pour MANGIAGALLI, le mécanisme serait tout différent, l'engagement se ferait par une déflexion légère, déflexion amenant l'angle mentonnier du triangle plus bas que l'angle occipital.

— Pour POLOSSON, ce serait le contraire, l'angle occipital descendrait le premier et se maintiendrait dans un plan plus bas que le mentonnier.

Il nous semble bien que la théorie de Madame LACHAPELLE se rapproche le plus de la réalité; car en effet, il est facile d'objecter à POLOSSE et MANGIAGALLI que l'on comprend difficilement, si la tête se fléchit ou défléchit un peu pour s'engager, que le mécanisme ne se continue pas pour arriver rapidement à une présentation du sommet ou de la face; fréquemment en effet il se peut qu'au début du travail dans les bassins plats, l'un ou l'autre de ces deux mécanismes soit de règle mais d'une façon toute transitoire et ce n'est plus alors une présentation du front mais une face ou un sommet, mal défléchi ou fléchi, qui du reste, dans ces cas n'est que transitoire.

La théorie de Madame LACHAPELLE répond bien au contraire à notre définition première de l'accouchement par le front. Il a été objecté cependant que le diamètre le plus long du détroit supérieur ne dépassant pas 13 centimètres, que celui de l'excavation pelvienne ne dépassant pas 12 centimètres, il semble impossible que l'axe occipito-mentonnier mesurant 13 cm. 5 puisse arriver à franchir le détroit supérieur, le menton et l'occiput étant à la même hauteur. En réalité cela peut fort bien se produire s'il y a allongement du diamètre transversal du détroit supérieur et de l'excavation comme cela est dans les bassins aplatis et nous avons vu qu'ils sont une des causes les plus fréquentes des présentations du front; d'autre part, il suffit simplement que la tête fœtale soit d'une plasticité suffisante et d'un volume au-dessous de la moyenne, ce qui est également fréquent.

MECANISME DE L'ACCOUCHEMENT

La tête fœtale se présentant suivant un axe plus grand que celui du détroit supérieur, il se produit tout d'abord une réduction plastique de l'axe occipito-mentonnier, compensé par un allongement de la tête dans le sens fronto-cervical. Ces phénomènes plastiques sont énormes, et les déformations osseuses très marquées, il en résulte que la tête revêt l'aspect d'un coin triangulaire dans son ensemble dont la grande face correspond au diamètre occipito-frontal. Le front est recouvert d'une volumineuse bosse séro-sanguine. De telles transformations de la tête fœtale sont indispensables à l'accouchement; celle-ci ne pouvant progresser qu'à condition de changer de forme. Ainsi réduite progressivement, elle pénètre plus ou moins péniblement dans l'excavation (suivant les dimensions respectives de la tête et du bassin), adhérant mal au segment inférieur et permettant une volumineuse poche des eaux comme dans toute présentation dyslocique.

L'engagement se fait alors, mais toujours fort lentement. MANCHIONNESCHI et BLANC, de Lyon prétendent que ce mécanisme se ferait par deux engagements successifs séparés par une ascension, il se produirait tout d'abord un engagement initial à la manière de

MANGIAGALLI, puis ascension et nouvelle descente à la manière de POLOSSE; mais d'après ce que nous avons dit et admis que l'amoindrissement de la présentation du front ne s'effectue ni par flexion, ni déflexion, mais uniquement par réduction plastique nous ne nous attarderons pas à ces théories : en effet le diamètre occipito-frontal, normalement de 12 cm. peut atteindre 13, 14 et même 15 cm. après déformation. La tête une fois dans l'excavation pelvienne va tourner et se mettre en position de dégagement, la région faciale tourne du côté de la symphyse pubienne (l'engagement se faisant le plus souvent suivant le diamètre transverse du détroit supérieur). C'est à ce moment que l'on a le plus fréquemment à intervenir, soit qu'il y ait un arrêt de la progression, impossibilité de rotation, ou même enclavement.

La rotation effectuée, le maxillaire supérieur et la région sous-nasale viennent se fixer sous le rebord de la symphyse pubienne formant ainsi pivot; la tête se dégage alors par un mouvement de flexion suivant les diamètres sous-nasaux; le front apparaît le premier, suivis de la fontanelle antérieure, la région rétro-bregmatique, l'occiput et le sous-occiput.

(Parfois la bouche du fœtus restant ouverte, la symphyse pubienne se place entre les deux maxillaires, l'enfant semble la mordre. Le dégagement est identique au précédent mais plus facile, car les diamètres intra bucaux sont inférieurs aux nasaux).

Dès que l'occiput est passé, le périnée se rétracte aussitôt sous la région sous-occipitale et la tête effec-

tue un mouvement de déflexion qui libère la bouche et le menton restés derrière le pubis.

La fin de l'accouchement se passe normalement. Il y a une grande analogie entre le dégagement d'une présentation du front et celui d'une occipito-sacrée, HOWARDS prétendait même que beaucoup d'occipito-sacrées seraient des présentations du front méconnues. Il ne semble pas en être ainsi car, le pivot dans l'occipito-postérieur se trouve autour de la racine du nez et du front tandis que dans la présentation du front c'est le maxillaire supérieur qui fait pivot.

ANOMALIES DE MECANISME

Au début, à supposer qu'il n'existe pas d'obstacles insurmontables du côté du fœtus ou de la mère, tant que le menton n'a pas franchi la ligne innominée la flexion ou la déflexion complète peuvent également s'opérer. Lorsque le menton n'a que peu pénétré dans l'excavation, la tête étant mobile de bas en haut, les conditions restent les mêmes; mais lorsque la tête s'est moulée sur les parois du bassin, toute flexion ou déflexion devient impossible, l'accouchement doit se poursuivre alors en front. Il peut arriver que la rotation soit nulle, insuffisante ou vicieuse; la rotation de la face en arrière est particulièrement mauvaise et il est très rare que la tête arrive à se dégager dans cette attitude. A un degré extrême la tête peut se mouler à un tel point dans l'excavation qu'elle ne peut plus bouger : c'est l'*enclavement* toujours à redouter dans les présentations de front.

Ainsi donc, la forme, la capacité et les irrégularités du bassin d'une part, le volume et la consistance de la tête, la direction qu'affecte la résultante des forces expultrices d'autre part, tels sont autant d'éléments qui empêcheront ou favoriseront l'expulsion du fœtus.

PRONOSTIC

De bonnes contractions utérines, énergiques et soutenues, agissant sur une tête fœtale de petit volume et assez malléable dans un bassin spacieux, forment autant de conditions favorables à la bonne marche de l'accouchement. Un tel ensemble n'est malheureusement que très rare exception, et les difficultés de l'engagement, la durée exagérée du travail, le défaut possible de rotation, les souffrances fœtales, autant de choses nécessitant souvent une intervention impérieuse, impriment au pronostic tant pour la mère que pour l'enfant, un caractère de gravité, contrastant hautement avec la bénignité des présentations franches.

Il suffit de jeter les yeux sur quelques statistiques : BONNAIRE dans un article de la Gazette des hôpitaux, de Mars 1889 citant une statistique d'HENRICUS rapporte les cas suivants :

« Sur 65 cas, le maxillaire supérieur faisant pivot sous le symphyso, « il y eut 15 morts, soit 22 % ».

« Sur 15 cas, avec dégagement transversal de la tête il y eut 9 morts soit 60 %.

« Sur 5 cas où fut effectuée la version, il y eut 2 morts soit 40 %.

« Sur 14 cas de transformation artificielle en face ou en sommet, il y eut 3 morts, soit 21 %.

A cette époque, LONG donnait 60 % de mortalité et AHLFED 10 % seulement.

Dans un article de la revue médicale française parue en Décembre 1934, DIGONNET rapportant une statistique continue de la clinique Baudelocque (service de M. le professeur COUVELAIRE) rapporte que sur 40.005 accouchements, il a observé sur 33 cas de présentation du front, 11 morts fœtales, soit 39 % :

- 11 accouchements spontanés.
- 12 extractions aux forceps.
- 1 version.
- 2 symphyséotomies.
- 5 césariennes.
- 2 basiotripsies sur enfants morts.

Toutes les statistiques donnent entre 16 et 37 % soit 28 % en moyenne de mortalité fœtale, due le plus souvent à une hémorragie consécutive à la compression subie par la tête ou à une procidence du cordon.

Le pronostic maternel n'est pas non plus sans gravité, la compression prolongée (vu la lenteur de l'accouchement) et l'attrition des parties molles par la tête fœtale ou les instruments, exposent la femme à des complications : il a été mentionné des ruptures de l'utérus (Observation III, suite de version pado-lique), du vagin, du périnée; des infections puerpérales; des fistules vésico-vaginales surtout.

« D'après HENRICIUS, le tiers des femmes ont des suites de couches pathologiques et sur ce nombre la moitié succombent. DIGONNET rapporte 2 morts sur ses

33 cas, soit 6 %. Cette mortalité maternelle, suivant les auteurs oscillerait entre 1 et 17 %, étant surtout occasionnée par des ruptures utérines.

Nous-mêmes sur 23,044 observations, n'avons trouvé que 7 cas d'accouchements par le front et n'avons constaté qu'un seul décès : soit 15 % environ (Obs. III) sans qu'il n'y ait eu un seul décès du côté maternel.

DEUXIEME PARTIE

CONDUITE A TENIR

D'après ce que nous venons de voir, la présentation du front, si elle est actuellement bien individualisée et fait partie de la triade des présentations céphaliques : face-front-sommet n'en reste pas moins redoutable et doit être considérée comme une véritable présentation dystocique tant par les dangers qu'encourt la mère que le fœtus puisque même dans le cas où la mère et le fœtus ne présentent aucune anomalie, l'accouchement nécessite souvent une intervention à plus forte raison cause de dystocie, puisqu'en général il y a des vices de conformation fœtales, maternelles ou ovulaires.

Le danger est d'autant plus grand qu'au cours de la grossesse aucun diagnostic précis ne peut être posé. Bien différente à ce point de vue des autres présentations dystociques (épaule par ex.,) relativement fréquentes autrefois par la négligence des femmes enceintes et le manque d'organisation des consultations pré-natales.

Les présentations anormales décroissent heureusement dans les grands centres où les femmes se font

suivre régulièrement tous les mois, et il est permis de croire que de telles présentations ne seront bientôt qu'une rareté exceptionnelle, lorsqu'on sera arrivé assez à convaincre de la nécessité de ces consultations pré-natales et que l'on aura procuré la facilité de les suivre régulièrement. Il suffit de consulter à ce sujet les statistiques recueillies par notre Maître le Docteur DEVRAIGNE à l'hôpital Lariboisière, pour constater la décroissance progressive des présentations dystociques dues à l'ignorance ou négligence des femmes qui ne vont consulter qu'au moment des premières douleurs. Bien différente est notre présentation du front, car si une simple version et la pose de tampons peut transformer la plupart du temps dans les derniers mois de la grossesse une présentation d'épaule dystocique en une présentation eutocique céphalique durable; dans le front le diagnostic ne peut être fait qu'au moment du travail. C'est à peine si l'on peut avoir quelques suspicions : on aura bien constaté au cours de la grossesse : un bassin plat ou légèrement rétréci, une obliquité utérine, une tumeur, etc... mais rien qui permette de faire prévoir l'apparition d'un front au détroit supérieur au moment de l'accouchement. Et nous allons voir maintenant quelle est la conduite à tenir, en présence d'une telle présentation.

La détermination de la conduite à tenir sera toute différente suivant les conditions ayant favorisé la présentation du front, suivant l'état de santé de la mère et du fœtus et la rupture des membranes, mais surtout suivant la période de l'accouchement.

1°) LA TÊTE N'EST PAS ENGAGÉE.

Avant tout, tant que la poche des eaux reste intacte et la dilatation incomplète, il faut attendre.

Si la poche des eaux est rompue, mais avec une dilatation complète ou suffisante cependant pour permettre l'introduction de la main, on pourra tenter la transformation du front en sommet ou face de préférence : on tâche de provoquer le refoulement du front le plus haut possible puis, cherchant à atteindre la bouche et le menton sur lesquels on agit, on essaie de compléter la déflexion.

Par contre, s'il survient une indication de terminer rapidement l'accouchement dans l'intérêt de la mère ou du fœtus, sans contre-indication à la version, on pourra recourir à la version podalique par manœuvres internes.

La *césarienne basse* conserve toute sa valeur, dans les cas de bassins trop plats ou trop rétrécis ou si l'engagement ne se produit pas (obs. II) la version étant impossible ainsi que la pose de forceps. Jusqu'à 8 cm. de promonto-pubien minimum les classiques prétendent qu'on est en droit d'espérer un accouchement naturel; cela nous semble bien risquer d'aller au devant d'une complication : il faudrait pour cela une petite tête fœtale et suffisamment malléable. Il nous semble plus sûr d'admettre 9 cm. minimum de promonto-pubien pour espérer un accouchement naturel. Diamètre que l'on pourra agrandir dans certains cas par une *symphysiotomie* dont nous donnons la technique plus loin...

Cette symphyséotomie partielle sous-cutanée à « la Zarate » est employée parfois, en effet, dans les cas de tête non engagée lorsque le diagnostic permet d'apprécier qu'une minime augmentation du diamètre pelvien suffirait au passage de la tête : on la pratiquera dans ce cas uniquement chez les multipares, ayant eu déjà des accouchements normaux, si les contractions utérines sont de bonne qualité, et la dilatation au voisinage de la dilatation complète.

Dans les cas d'infection ovulaire relativement légers on interviendra :

« soit par une césarienne basse avec Mickulicz,

« soit par une césarienne basse avec exclusion du segment inférieur et Mickulicz suivant la technique de Jeannin.

« soit encore par une césarienne suivie d'une extériorisation temporaire de l'utérus (opération de Portes) ».

2°) TÊTE ENGAGÉE.

Au tout début de l'engagement on peut encore essayer de compléter la flexion ou la déflexion; mais les chances de succès diminuent très vite, car les déformations de la tête fœtale se produisent de plus en plus avec allongement du diamètre occipito-frontal interdisant toute flexion ou déflexion, et dans aucun cas, sur une tête définitivement engagée on ne doit tenter une transformation. Il faut alors attendre en suivant minutieusement la marche de l'accouchement que l'on

sera en droit d'espérer spontané avec un bassin à peu près normal surtout si la tête fœtale aura été appréciée petite.

Devant la nécessité de terminer rapidement l'accouchement, la tête ayant pénétré dans l'excavation et toute version étant impossible, il nous reste deux procédés :

- soit le forceps,
- soit la symphyséotomie.

Le forceps : (Obs. I, IV, V, VI), accouchement traîne en longueur, la rotation ne se fait pas, le fœtus souffre (si la dilatation est incomplète inciser le col, inutile d'insister sur la dilatation complète, éternel « leit motiv » de tout accoucheur). On posera le forceps de telle façon que la courbure pelvienne des cuillers soit tournée vers la face et non l'occiput; cette orientation permettra d'obtenir parfois au moment des tractions, une légère flexion de la tête, occasionnant alors un meilleur diamètre que l'occipito mentonnier le plus long de tous; puis, après la descente de la tête on effectuera la rotation pour placer le front en avant. Le dégagement nécessitera souvent une reprise de forceps et une large épisiotomie.

La femme mise en position de Devraigne-Descomps, hyperflexion des cuisses et extension des jambes, la tête sera plus facilement saisie par le forceps et plus facilement extraite par le redressement de l'arc antérieur du bassin et l'agrandissement du bi-sciatique et du bi-ischiatique.

Il arrive que la prise de forceps soit impossible ou

ne donne aucun résultat (obs, III) on doit alors recourir à un autre procédé, déjà cité plus haut :

2° *la symphyséotomie* : admise par certains, bannie par d'autres, doit être retenue et non rejetée d'emblée; c'est elle seule parfois qui permettra de terminer l'accouchement et son indication majeure est « l'enclavement » : la tête ne pouvant ni tourner, ni descendre, ni remonter, elle s'est moulée dans l'excavation. Il suffit de gagner en général 2 cm., car l'enclavement ne se produit jamais dans un bassin très rétréci; ce qu'il faut, c'est limiter les dégâts du côté maternel : éviter un trop grand écartement des 2 pubis. On pratiquera l'opération « *de Zarate* ». Une sonde en gomme dans l'urètre que deux doigts vaginaux de la main gauche maintiennent écartés du milieu de la symphyse, le bistouri étant perpendiculaire à celle-ci, une simple boutonnière de la peau suffit un peu au-dessous du bord supérieur de la symphyse et le bistouri sectionne les $\frac{2}{3}$ inf. de la symphyse. Deux aides tiennent les jambes; à un certain moment, avec ou sans section du ligament arqué, il se produit un craquement : l'opération est terminée, elle donne un écart de deux bons travers de doigts qui sont suffisants.

On renforcera au besoin les contractions utérines avec un peu d'hypophyse.

Certains accoucheurs préfèrent l'opération de GIGLI ou Pubiotomie.

Cette section du pubis se fait avec une scie spéciale, en fil d'acier tressé, de la façon suivante :

On repère l'épine pubienne en haut, et l'éminence entre l'ischion et le pubis en bas, point où l'on fait une incision au bistouri, par laquelle on introduit sous le pubis une aiguille courbe et mousse, adaptée à un fil de soie qui ressort vers l'épine du pubis : on libère l'aiguille et par un mouvement de va et vient on crée un passage sous-pubien. La scie est alors fixée à la soie et tirée à son tour derrière le pubis; il suffit alors d'ajouter à celle-ci deux tracteurs et en quelques secondes le pubis est sectionné obliquement suivant les points de repères.

Deux aides maintiennent les genoux.

Dans certains cas, à bassin limite, on peut seulement passer le fil de soie préventivement (CATHALA), si l'accouchement va bien, on retire le fil dit « d'attente », dans le cas contraire on place la scie et sectionne le pubis.

Cette intervention donne cinq à sept centimètres d'écartement.

CATHALA préconise de sectionner en bas le plus en dehors possible, pour éviter à ce niveau les fibres qui forment la tunique externe de l'urètre et éviter ainsi des troubles urinaires ultérieurs.

En effet, des complications ont été constatées à la suite de ces interventions (Symphyséotomie ou Pubiotomie).

Pendant l'Accouchement :

Hémorragie par atteinte du plexus veineux sous-pubien, sans gravité.

Déchirure du vagin.

Déchirure de la vessie ou de l'urètre.

Après l'Accouchement :

Suites de couches fiévreuses (bénignes en général).

Phlébites.

Douleurs à la marche.

Mais surtout incontinence d'urine, réparable si elle est due à une fistule vésico-vaginale, mais beaucoup plus ennuyeuse si la paralysie du sphincter urétéral en est la cause.

Enfin les présentations du front avec enfant mort seront traitées par les procédés classiques d'embryotomies.

Comment mettre la femme dans les meilleures conditions pour la bonne marche d'un tel accouchement ?

Il nous semble que le point essentiel réside dans le fait que l'accoucheur ne soit pas pris au dépourvu, comme certains médecins de campagne et même de ville, qui appelés d'urgence, posent un diagnostic de front et font transporter la femme à la clinique n'osant pas risquer un accouchement pénible qu'ils prévoient dangereux tant pour la mère que pour l'enfant d'où perte de temps d'une extrême importance.

Il nous paraît donc se dégager de ce modeste travail que le pronostic, tout en restant toujours sérieux, est en fonction de la décision thérapeutique prise par l'accoucheur en temps voulu; et nous ne saurions trop

recommander aux femmes chez qui le médecin (ou la sage-femme) a diagnostiqué une anomalie au cours de la grossesse, d'aller dans une maternité quelques jours avant celui présumé de l'accouchement, afin d'être à même de pouvoir subir une intervention rapide si le besoin s'en fait sentir. Mais pour ce faire, il faudrait que les femmes se fissent suivre régulièrement les derniers mois de leur grossesse ce qui est loin d'être la règle.

L'organisation de consultations pré-natales a fait cependant dans certains centres de réel progrès grâce à de nombreuses conférences faites par des maîtres de l'obstétrique qui ont lutté beaucoup contre la négligence de ces femmes enceintes attendant le début du travail pour se faire examiner pour la première fois.

Dans une conférence du 2 juillet 1927 au Musée Social devant le Comité National de l'Enfance, M. le Docteur DEVRAIGNE s'exprimait ainsi :

« ...Si par des consultations maternelles bien faites, il y a moins de femmes ignorantes, il en est toujours une catégorie redoutable contre laquelle nous sommes désarmés encore temporairement, tant que les leçons d'hygiène préventive données dès l'école primaire n'auront pas porté leurs fruits. Ce sont les femmes négligentes. En effet, malgré toutes les facilités qui leur sont offertes avec des consultations journalières et permanentes, au Congrès de Paris de 1922, je constatais avec peine que sur 100 femmes qui venaient accoucher dans nos maternités, 25 % n'avaient pas con-

sulté auparavant. Ceci nous explique de nombreux cas de dystocies que nous ne devrions plus voir; j'ai fait récemment les mêmes recherches pour voir si la statistique s'était améliorée à Lariboisière. J'ai trouvé 21 % : c'est encore beaucoup trop... ».

En 1937, alors que nous étions externe à Lariboisière, dans le service de notre maître le Docteur DEVRAIGNE, le nombre était tombé à 14 %. Il y a donc un réel progrès; mais ce sont nos campagnes qui doivent surtout maintenant attirer notre attention et créer des consultations pré-natales sur le modèle de celles organisées dans les Hôpitaux de Paris nous semble être le principal but à atteindre actuellement, de cette manière les femmes convaincues de la nécessité d'être suivies seront entourées de toutes les précautions nécessaires jusqu'à l'accouchement qui se fera en clinique ou à l'hôpital si quelques anomalies constatées font craindre une dystocie.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

4 juillet 1935. — Présentation du front chez une troisième geste, régulièrement suivie pendant sa grossesse : accouchement terminé par un forceps.

Madame M..., 24 ans.

Sans antécédents.

Réglée à 13 ans.

III^e geste : 1 garçon vivant bien portant, à terme, en 1931.

1 fille vivante bien portante, à terme en 1933.

Dernières règles : fin septembre.

Entre dans le service le 4 juillet 1935, à la salle de travail à 16 h. 20.

16 h. 25 : Tête en bas, mobile élevé, dos à droite, dilatation 2 fr.

Urine normale, température : 37°5.

Poche des eaux intactes.

19 heures : Dilatation 5 fr.

Rupture spontanée de la poche des eaux.

Tête en bas; présentation de front.

23 h. 50 : la dilatation est complète, la femme pousse, la tête ne progresse que lentement.

1 h. 30 : La tête ne progresse plus.

1 h. 40 : Application de forceps Tarnier : extraction d'une fille vivante pesant 2.650 gr.

2 h. 15 : Délivrance naturelle et complète : 550 gr.

Bonne suite de couches. Enfant bien portant.

OBSERVATION II.

21 janvier 1936. — Présentation du front chez une femme ayant été régulièrement suivie pendant sa grossesse. Accouchement terminé par une césarienne basse.

Madame B..., 24 ans, ayant marché à 2 ans.

Réglée à 16 ans.

1 pare.

Dernières règles du 13 au 18 avril.

Procréateur bien portant.

7-1-36 : Grossesse de 8 mois 1/2 environ, tête en bas, mobile, élevée, débordant à symphyse.

T. V. : Promontoire accessible élevé à 11 cm. 2. Bonne excavation sacrée, arc antérieur normal, lignes inominées suivies assez loin. On fait l'épreuve du travail.

Entre dans le service le 21-1-36.

12 h. 30 : Tête en bas non engagée, débordant à symphyse.

B. d. C. + + +

Dilatation : 50 c.

Membranes rompues à 12 heures.

Liquide normal.

Quelques douleurs espacées.

Température : 37°5.

Urines normales.

13 h. 30 : Rentre à la salle de travail.

Tête en bas non engagée tendant à fuir vers la fosse iliaque droite. Débordante. Bien ossifiée. Dos à gauche. B. d. C. + + +.

T. V. : Col en voie d'effacement, mais la dilatation est toujours de 50 ct. ; on pose des tampons pour centrer la tête.

16 h. 30 : Les contractions sont espacées. La situation de la tête reste identique. Même débordement. La dilatation ne progresse pas.

17 h. 30 : Hauteur utérine : 29 cm.

Dilatation : 1 franc.

Tête en front.

18 heures : On décide de faire une césarienne supra-symphysaire.

18 h. 20 : Extraction d'un enfant vivant, de sexe masculin, pesant 3.550 gr.

Délivrance immédiate : 600 gr.

Au cours de l'intervention : hypophyse : 1 cc.

Ergotine : 1 cc.

Suites opératoires : état fiévreux durant une quinzaine de jours (t° à 39° qui revient à la normale).

Traitement : sérum glucose.

morphine.

huile camphrée.

Eucalyptine, etc.,

La mère sort guérie.

L'enfant est bien portant.

OBSERVATION III.

7 janvier 1937. — Présentation du front chez une IV^e geste; chez qui, un forceps ayant été impossible, on a pratiqué une version podalique, une révision utérine suivie d'hystérectomie pour rupture du segment inférieur.

Madame B..., 39 ans.

Sans antécédents.

IV^e geste.

Début du travail à 20 h. le 6-1-37.

Durée totale du travail : 21 h. 35.

7 janvier 1937 à 17 heures : Rupture des membranes; liquide extrêmement teinté. B. d. C. un peu modifiées. Dilatation complète : on décide d'intervenir.

1°) Application du forceps Tarnier sur front en transverse à la partie haute de l'excavation : extraction impossible.

2°) Version par manœuvres internes : grande extraction de siège, extraction d'un garçon en état de mort apparente :

2.700 gr. n'ayant pu être ranimé après 20' de soins (désobstruction, insuflation, bains, frictions, ordénaline, etc...).

3°) 3/4 d'heure après l'accouchement : délivrance naturelle et complète, 500 gr.

4°) Exploration de la cavité interne faisant sentir une rupture du segment inférieur dans sa partie antérieure droite.

Pouls bien frappé : pas de shok.

5) Hystérectomie abdominale.

Hémostase : gros drains vaginaux.

Péritonisation complète.

Mickulicz.

Parois en trois plans.

Sérum : 1 litre.

Transfusion : 400 gr.

Bonnes suites opératoires. La femme sort guérie.

OBSERVATION IV.

19 mars 1937. — Présentation du front chez une primipare. Accouchement terminé par forceps.

Madame D..., 28 ans.

Sans antécédents.

Réglée à 15 ans.

I pare.

Dernières règles : 31 mai au 4 juin.

Gestation suivie régulièrement.

Début du travail le 18-3-37, perd les eaux dès le début.

Entre dans le service le 18-3-37 à 9 h., à la salle de travail à 23 h.

Dilatation complète le 19-3-37 à 0 h. 45.

3 h. 30 : pas de progression depuis plus de 3 heures. Liquide normal, mais modification très nette des bruits du cœur.

Application de F. T. sur un front en sacré.

Extraction d'un garçon en état de mort apparente, forme

blanche, ranimé au bout de 10 minutes de soins : désobstruction, bains, frictions, etc...

Poids : 3.020 gr.

Malformations : Bec de lièvre.

Luxation congénitale.

Malformation brachiale.

Délivrance naturelle et complète : 630 gr.

Périné : déchirure incomplète : crins, catguts.

Un B. W. s'est montré négatif.

Suites de couches normales.

Enfant bien portant.

OBSERVATION V.

19 mars 1938. — Présentation du front chez une primipare. Accouchement terminé par un forceps.

Madame L..., 25 ans.

Sans antécédents.

Réglée à 11 ans.

Dernières règles du 11 au 18 mai 1937.

Procréateur bien portant.

Début du travail le 19-3-38 à 10 h. 30.

Entre dans le service le 19-3-38 à 15 h.

Dilatation à l'entrée : 5 fr.

Durée de la dilatation : 33 heures.

Rupture des membranes, spontanée, précoce.

19-5-38 : 9 h. arrêt complet de la progression.

Application de F. T. sur front en N. I. D. P. La rotation s'effectue assez facilement. Reprise du forceps. Episiotomie. Extraction d'un garçon vivant. 3.480 gr.

Délivrance naturelle : 580 gr.

On pratique 20 cc. d'huile camphrée.

La semaine qui suit, état fébrile : 38° - 38°3.

Pouls : 130 environ.

Glacé. Rubiazol.

La femme sort guérie.

Enfant bien portant.

OBSERVATION VI.

26 mars 1939. — Présentation du front chez une primipare. Accouchement terminé par un forceps.

Madame F..., 23 ans.

Antécédents héréditaires : la mère possède un bassin généralement rétréci, ayant occasionné deux accouchements par forceps.

Réglée à 12 ans.

I Pare.

Dernières règles du 7 au 10 août.

Procréateur bien portant.

Albuminurie transitoire au 4^e mois.

Début du travail le 23-3-39.

Entre dans le service le 25-3-39 à 14 h., à ce moment, le col très postérieur ne permet pas de sentir la dilatation.

Entre à la salle de travail à 17 h. 30.

18 h. : rupture des membranes.

Dilatation complète : 21 h. 45 : on diagnostique alors une présentation du front en N. I. G. A.

Le 26-3-39 à 10 h. 30 : application de forceps Tarnier pour progression insuffisante.

Episiotomie latérale gauche, 1 circulaire.

Extraction d'un garçon vivant, pesant 2.120 gr. en état de mort apparente, forme bleue, ranimé après 25 minutes de soins.

11 h. : Délivrance naturelle incomplète : cotylédons arrachés, membranes déchirées.

Placenta : 470 gr.

La révision utérine ramène cotylédons et membranes.

Il n'y a pas d'hémorragie, mais la femme est en état de shock, on pratique alors : Huile camphrée : 10 cc. — Hypophyse. — Préssyl. — Adrénaline sous-cutanée et per os (sucre). — Caféine. — Sérum I. V. : 500 cc.

Le pouls est à 130, la tension à 6-4.

Pansement vaginal..

Bouillie lactique.

Rubiazol.

Guérison.

L'enfant est bien portant.

OBSERVATION VII.

Femme J...

X^e geste, 41 ans. D. R. 20-III-39. Grossesse à terme, a eu 9 accouchements à terme normaux. 4 enfants bien portants, 5 sont morts de méningite. A été traitée à chaque grossesse par piqûres ?

A consulté pendant sa gestation dans un dispensaire.

5-1-40 : 3 h. 55. T° 37°4. Urines non faites.

La femme est envoyée à l'hôpital Beaujon par une sage-femme de ville pour non progression de la présentation. Elle se trouve à ce moment en travail depuis 20 heures.

Ex. : Présentation du front en Max. I. D. P.

Dos à droite.

Br. du C. bons.

Toucher vag. : Col œdématisé. Dilatation entre petite et grande paume.

Membranes intactes.

Fortes douleurs.

Admise à la salle de travail à 4 h. 10.

Br. du C. bons.

2 spasmalgines à 20' d'intervalle.

5 h. : Œdème de la lèvre antérieure du col. En arrière, dilatation presque complète.

Présente encore un peu de col en arrière et à gauche, un peu épais, mais souple.

Membranes rompues. Br. du C. bons. Liquide purée de pois, front en M. I. D. P.

6 h. 45 : Dilatation complète. Br. du C. bons.

7 h. 05 : Accouchement par le front en M. I. D. T.

Naissance d'une fille de 3.820 gr.

Enorme bosse séro-sanguine sur le front et les paupières.

7 h. 45 : Délivrance naturelle complète, 500 gr.

8 h. : T° 38°1. - T. A. : 15/11.

Urines ?

6-1-1940. Examen des urines :

Léger culot de centrifugation, rosé.

Nombreuses hématies.

Présence de pus sans être abondant.

Courtes chaînettes et diplocoques encapsulés à Gram +.
(Pneumocoques).

Quelques amas de diplocoques à Gram +.

Albumine 1 gr. pendant les deux premiers jours des suites
de couches.

Elle sort sur sa demande le 12^e jour. A ce moment la mère
va bien. On cherche à la retenir dans le service pour son
enfant, mais elle refuse.

L'enfant a été tout de suite impressionnant par la bosse
sanguine sur le front et la joue gauche et surtout par la lé-
sion de l'œil gauche dont les paupières noires, fermées lais-
saient apparaître un hématome dans la fente palpébrale, sur
lequel on fit des pansements au sérum, en attendant l'exa-
men du spécialiste. L'enfant fut dès le troisième jour sou-
mis au traitement spécifique avec des comprimés de calome!
de 0,001 mgr. par jour.

Examen du Spécialiste à l'Ophthalmologie : le 9-1-40.

Hématome orbitaire avec chémosis considérable.

Possibilité de nécrose conjonctivale.

Exophtalmie. (Œil gauche).

— Les réflexes pupillaires de cet œil sont normaux.

— Le fond de l'œil ne présente pas de lésions très mar-
quées.

— L'enfant reviendra tous les jours à la consultation oph-
thalmologique.

Pommade au mercuro-chrome sur bourrelet conjonctival
et Pilocarpine entre les paupières.

Traitement général anti- Σ et hémostatique (Dr FRILEUX).

12-1-40 : Compresses au sérum tiède, renouvelées toutes les deux heures pour éviter nécrose de la conjonctive. L'enfant reviendra tous les jours.

Une radiographie du crâne est à faire.



Radio du crâne. Elle ne montre aucune fracture des os orbitaires.

16-1-40 : Rapport du Dr FRILEUX de la consultation externe du service de l'Ophtalmologie.

Fortes bosses séro-sanguines du front et de la joue gauche. Hématome orbitaire gauche considérable avec ecchymoses

palpébrales et tuméfaction marquée de toute la région orbito-palpébrale gauche.

Le cul-de-sac conjonctival inférieur forme un bourrelet énorme noirâtre apparaissant cerclé.

— La paupière supérieure recouvre entièrement un globe exophtalmique immobile, mais dont les réflexes pupillaires et le fond d'œil sont normaux.

Traitement :

Instillation 1 fois par jour de : Mercurochrome.

Pilocarpine.

Compresses au sérum tiède sur le bourrelet conjonctival.

Grâce aux soins du spécialiste du service des yeux et au traitement spécifique suivi dès le début, bien que le placenta fut de rapport normal, l'enfant qui à priori semblait comporter un pronostic réservé, se développa bien : la lésion oculaire gauche vraiment impressionnante d'abord par l'hématome saillant dans la fente palpébrale, guérit sans troubles fonctionnels.

CONCLUSIONS

Il faut donc être plutôt interventionniste dans les présentations du front et nous pouvons retenir schématiquement :

I. — *Front au-dessus du détroit supérieur :*

a) La dilatation est complète avec un bassin voisin de la normale sans raison de terminer rapidement l'accouchement : Attendre.

b) Faire la Césarienne dans les bassins aplatis de diamètre promonto-pubien < 9 cm.

c) Tenter la version devant une dilatation complète avec poche des eaux intactes ou venant de se rompre.

d) Chez une multipare ayant de bonnes contractions utérines et dilatation presque complète : faire une symphyséotomie à la Zarate.

II. — *Front engagé.*

a) Attendre si la dilatation est incomplète.

b) Si la dilatation est complète avec indication

d'extraire, application de Forceps facilitée par la position de Devraigne-Descomps.

c) Enfin devant un front enclavé faire une symphyséotomie.

III. — Faire une basiotripsie si le fœtus est mort.

Vu : Le Président de Thèse,
JEANNIN.

Vu : Le Doyen,
M. TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ALZOLA. — Evolution spontanée de la présentation de front.
Thèse de Paris, Editions Véga, 1934.
- BASSIN. — Les présentations de front et leur thérapeutique.
Thèse de Paris, 1930.
- BRINDEAU. — Présentation de front in tome III. Pratique de l'art des accouchements. Paris, Vigot, 1927.
- CHANBRELANT-PERY. — Présentation de front ayant nécessité une Basiotripsie. *Bull. et Mém. Soc. de Méd. Chir. de Bordeaux*, 1911, p. 110.
- CHEVALIER. — Thérapeutique des présentations persistantes du front. *Thèse Paris*, 1909.
- COURTOIS (I.) et CUCHE (D.). — Onze cas inédits de présentation du front. *Gazette des Hôpitaux*, 23-II-1938.
- DIGONNET. — De la thérapeutique des présentations de front. *Revue médicale française*, N° 9, Déc. 1934.
- FAVREAU. — Présentation de front et dystocie annulaire, échec de la version; transformation en sommet; extraction aux forceps, enfant vivant. *Bull. Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 18, 343, Mai 1929.
- FINK. — Spontaneous delivery frontal presentation and indications for use of Kielland Forceps. *Monatschr. F. Gynäk. u. Geburtsh.*, 56/2994-2996, 10 décembre 1932.
- JEANNIN. — La présentation de front. *Rev. Gén. de Thérap.*, Paris, 1925, XXXIX, p. 691.
- KIEPZMAN (I.). — Considérations sur les présentations de front. *Thèse de Paris*, 1934, Marcel Vigne, Editeur.
- LÉVY. — Cinq cas de présentation de front observées à la clinique. *Rev. Prat. d'Obst. et de Pédiat.* Paris, XXV, p. 182.
- MARET. — De la présentation de front. *Bull. Soc. d'Obst. de Gyn. de Paris*, 1923, XII, p. 339.

- NANU (Mlle Z.). — Considération sur la conduite à tenir dans les présentations de front. *Thèse de Paris*, 1934. Libr. Lipzchutz.
- OSTER. — Contribution à l'étude de la présentation de front à l'aide des observations recueillies à la maternité de Nancy. *Thèse Nancy*, 1907.
- SJOVALL (A. B.). — Frontal presentation review of 46 cases from women's clinic in Lund. *Hygies*, 95, 341-361, 15 May 1933.
- SUZOR. — Que faites-vous en cas de présentation de front ? *L'Hôpital*, N° 380. Avril 1935.
- THIERRY (F.). — Transformations des présentations de front et de la face en sommet version céphalique dans les présentations de l'épaule et du siège. *Sté d'Obst. et Gynéc. de Paris*. Séance 1-3-37 in *Bull. de la Soc. d'Obst. et Gynec.* Mars 1937.
- VIGNES (H.). — Présentation de front. *Semaine des Hôpitaux de Paris*, N° 3, Février 1932.
- ZIMMERMANN. — Mechanics of brow presentation. *Ztschr. F. Gerurtch. U. Gyn.*, 83. 725. Juil. 1921.